様式第23号（第19条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書

太宰府市福祉事務所長　殿

　　 年 月 日

自立支援医療費受給者証の再交付について申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 給 者 証の　種　類 | １　育成医療 | 自立支援医療費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ２　更生医療 |
|  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　 年 月 日 |
| 受信者氏名 | 個人番号： |  |
| 居住地 | 〒 |  |
|  |
|  | 電話番号 |  |
| フリガナ |  | 続柄 |  |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合記入） | 個人番号： | 生年月日 | 　　 年 月 日 |
|  |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） |
| フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |  |
|  |
|  | 電話番号 |  |
|  |
| 申請の理由 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| １　汚損 | ２　紛失 | ３　その他 |
|  | 具体的な状況 |  |
|  |
| ※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。） |